

**Modulo di prenotazione viaggio/gita**

In caso di dati incompleti o mancanti sarete ricontattati per integrazione

Il sottoscritto:

Codice Fiscale in stampatello

residente in Via/Comune

**SOCIO CRAL** o  **FAMILIARE** indicare nominativo completo del SOCIO, CODICE FISCALE IN STAMPATELLO n.

**NON SOCIO**  **SOCIO CSEN**  **SOCIO FITEL** N. note

Telefono fisso /cellulare (obbligatorio)

e-mail in stampatello (obbligatoria)

**Chiede l'iscrizione alla gita/viaggio:**

**Data Attività**

N. Persone \_\_\_\_\_ N. doppie \_\_\_\_\_ n. Singole \_\_\_\_\_ - Pranzi \_\_\_\_\_ Visita Guidata \_\_\_\_\_

Chiede l'iscrizione anche per le seguenti persone compreso se stesso: indicare se Socio, Non Socio, Familiare

Nominativo Codice Fiscale	Luogo e Data Nascita	Socio S/NS/F	Visita Guidata	Pranzo	Note
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C.F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C.F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C.F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Eventuale  
Importo versato a  
titolo di acconto:

**ACCONTO** Al momento di questa prenotazione l'interessato s'impegna a versare l'acconto del **50%** della quota totale. Il pagamento potrà essere effettuato, in contanti presso la sede o i referenti, tramite ccp postale, o tramite bonifico su conto Bancoposta intestato a CRAL ASL COMO

- CCP: Numero 1011098835 - Bonifico: IBAN IT0410760110900001011098835

**SALDO** Il restante **50%** verrà versato entro 30 giorni precedenti la partenza di ciascuna delle attività. **Se la prenotazione avviene entro i 30 giorni dall'inizio dell'attività andrà versata l'intera quota.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si informa che tutti i dati personali verranno trattati nel pieno rispetto delle disposizioni del D.Lgs 196/2003

Indicare il nominativo del socio referente/presentatore: \_\_\_\_\_

**PER PAGAMENTI TRAMITE BONIFICO/CCP allegare copia bollettini/bonifico e indicare:**

Pagamento effettuato in data: \_\_\_\_\_ Tramite: \_\_\_\_\_